

大分県医療コンフリクトマネジメント研究会入会申込書

整理番号 _____

ご申込日	年 月 日
ご入会を希望される会員種類を○で囲んで下さい。	
1. 組織会員 2. 個人会員 に入会を申し込みます。	
ふりがな	
お名前 (組織会員は施設名)	※組織会員は、下に代表者名をご記入ください
代表者名	
所属施設 ※個人会員のみ記入	
職種 ※個人会員のみ記入	
ふりがな	
ご連絡先	〒
ご連絡先の電話番号	() () () 市外局番を必ずご記入ください
ご連絡先の FAX 番号	() () () 市外局番を必ずご記入ください
E-MAIL 組織会員は、 代表者の連絡先	
備考 ※お問い合わせ等	

※ご入会をご希望の方はこの用紙をご利用ください。FAX またはメールにて受け付けます。

※個人情報厳重に管理し、ご本人の同意がない限り第三者には提供いたしません。

事務局（お問い合わせ先）

〒870-0192 大分県大分市西鶴崎3丁目7番11号 大分岡病院

担当：岡田（内線 645）、栗秋（内線 859）、佐藤（内線 829）

TEL 097-522-3131 FAX 097-522-3777 E-MALL yokada@oka-hp.com